

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้า
ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

The Effects of Online Platform Mental Health Literacy Program on Depression
Among High School Students

วรลักษณ์ อินทร์เดช¹, ชมชื่น สมประเสริฐ² และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา³

Woraluk Indech¹, Chomchun Somprasert² and Rangsiman Soonthornchaiya³

^{1,2,3}สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

^{1,2,3}Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Thammasat University, Thailand

Corresponding Author, Email: ¹woraluk030@nurse.tu.ac.th

Retrieved: April 7, 2023; Revised: September 4, 2023; Accepted: September 6, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนครสวรรค์ ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2565 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 60 คน ที่ทั้งเพศหญิงและเพศชาย สุ่มนักเรียนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังสมบัติ (2540) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที (t-test) ซึ่งผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ มีค่าเฉลี่ย ($M = 36.50$, $SD = 5.53$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 40.37$, $SD = 7.70$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.04$, $p < .05$)

2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ระหว่างก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ ของกลุ่มทดลอง ($1 = -3.87$, $SD = 10.41$) กับกลุ่มควบคุม ($2 = 1.13$, $SD = 8.73$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.02$, $p < .05$)

สรุปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์มีประสิทธิภาพทำให้ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ลดลงได้มากกว่าการได้รับการดูแลตามปกติ

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์; ภาวะซึมเศร้า; นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

Abstract

This quasi-experimental research determined the effect of an online platform mental health literacy program on depression among high school students in Nakhon Sawan Province. During the academic year 2022, sixty students were selected according to inclusion criteria, and 30 were randomly assigned to control or experimental groups. The experimental group

participated in the online platform mental health literacy program, developed according to the research of Anthony F. Jorm. Activities consisted of eight weekly sessions for eight weeks, each lasting around 90 minutes. The control group received regular care. Research instruments comprised: 1) an online platform mental health literacy program, with content integrity validated by three professionals.; 2) a personal data questionnaire; and 3) the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Thai version. Data were analyzed by using descriptive statistics and t-test. Results reveal that:

1) The experimental group participant's mean score for depression on the posttest ($M = 36.50$, $SD = 5.53$) after participation in the mental health literacy program was significantly lower than the mean score for depression on the pretest ($M = 40.37$, $SD = 7.70$) before program participation ($t = 2.04$, $p < .05$).

2) There was a significant mean difference between pretest and posttest depression mean scoring for experimental group participants in the mental health literacy program ($t = -3.87$, $SD = 10.41$) and control group receiving regular care ($t = 1.13$, $SD = 8.73$). The independent t-test showed a statistically significant difference ($t = -2.02$, $p < .05$).

These findings suggest that the online platform mental health literacy program potentially decreased depression among high school students. Therefore, the program might be an alternative activity or program for this purpose.

Keywords: Online platform mental health literacy program, Depression, High school students

บทนำ

ปัจจุบันภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญ และพบบ่อยในวัยรุ่นทั่วโลก ซึ่งส่งผลให้วัยรุ่นไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่สามารถเข้าสังคมได้ ผลการเรียนต่ำ ก้าวร้าว การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่อง ซึ่งส่งผลให้วัยรุ่นรู้สึกไม่มีค่าและนำไปสู่ภาวะทำร้ายตนเองได้ อาการซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานในวัยรุ่น ในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ซึ่ง 2.8% พบว่ามีอาการซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายถือเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ในวัยรุ่น (WHO, 2022) จากการสำรวจความชุกโรคซึมเศร้าของไทย พ.ศ.2563 พบว่าร้อยละ 17.5 เป็นเยาวชนอายุ 11-19 ปี (วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, 2563) ทั้งนี้แม้ในกลุ่มเยาวชนจะมีสัดส่วนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน้อยกว่าในกลุ่มวัยทำงานและวัยผู้สูงอายุ แต่นับเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นทรัพยากรที่มีค่าในการพัฒนาประเทศในอนาคต และจากการสำรวจวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ในประเทศไทย เด็กและวัยรุ่นอายุ 10-19 ปีกว่า 10,000 คน ได้โทรเข้าสายด่วนสุขภาพจิต 1303 เพื่อขอรับคำปรึกษา โดยปัญหาสุขภาพจิตสำหรับวัยรุ่นที่พบมากที่สุดคือ ความเครียด และความวิตกกังวล ปัญหาความรัก และภาวะซึมเศร้า (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3, 2564) และจากการวิเคราะห์สถานการณ์วัยรุ่นในประเทศไทย การฆ่าตัวตายยังเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของการเสียชีวิตของวัยรุ่น ว่าเด็กและเยาวชนอายุ 10-29 ปี ราว 800 คนฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2019 ซึ่งแนวโน้มของการพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ประเทศไทยระบุว่า ระหว่างปี พ.ศ.2563 วัยรุ่นไทยขอรับบริการและความช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพจิต เพิ่มขึ้นร้อยละ 63 ซึ่งการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายของวัยรุ่นไทยอันดับที่สอง รองจากอุบัติเหตุจากยานยนต์ โดยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีความรู้สึกแค้น หงุดหงิด เศร้า หรือสิ้นหวัง ไม่สนใจ หรือไม่มีความสุขเวลาทำกิจกรรมอะไร ถึงแม้จะเป็นกิจกรรมที่เคยชอบทำ เบื่อหน่าย เบื่อที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

ความเศร้าที่รุนแรงนั้น อาจทำให้คิดว่าตนเองผิด ไร้ค่า ชีวิตมีดมน หมดหวังและคิอดยากตาย การตายเป็นทางออกของปัญหาในชีวิต โดยไม่ต้องเผชิญปัญหาต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมระหว่างปี 2555 ถึงปี 2565 จากฐานข้อมูล “Googly scholar”, “Thaijo”, “CINAHL”, “PubMed”, “PsycINFO” และ “EBSCO” โดยใช้กรอบแนวคิดของ “PICO” (PICO framework) ประกอบด้วยคำค้น ดังนี้ P (Population) = วัยรุ่น, “Young”, “Teenage” และ “Adolescent” กำหนด I (Intervention) = โปรแกรม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต, “Effectiveness” และ “Mental Health literacy” O (Outcome) การลดภาวะซึมเศร้า, “Depression reduction” ค้นพบงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนทั้งหมด 1,992 เรื่อง และคัดเลือกตามเกณฑ์ “PRISMA” ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 89 เรื่อง สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้ ประเด็นที่ 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ประเด็นที่ 2 การบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และประเด็นที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการกำหนดภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่น (Bjornsen et al., 2019) เป็นความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตที่จะช่วยให้บุคคลรับรู้ เข้าใจ จัดการ และป้องกันปัญหาทางจิต รวมทั้งเป็นความรู้ และความสามารถที่จำเป็นสำหรับการมีสุขภาพจิตที่ดี และเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของภาวะสุขภาพจิต (ฤทัยรัตน์ ชิตมงคล และคณะ., 2563) อีกทั้งเป็นความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ซึ่งช่วยในการรับรู้การจัดการหรือการป้องกัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นความรู้และความสามารถ ที่จำเป็นสำหรับการมีสุขภาพจิตที่ดี (Jorm, 2011) และเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของภาวะสุขภาพจิต วัยรุ่นและผู้ปกครองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตดี จะตระหนักถึงพฤติกรรมที่เริ่มบ่งชี้ถึงปัญหาสุขภาพจิต หรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับวัยรุ่น สามารถระบุได้ว่าวัยรุ่นเริ่มมีความผิดปกติหรือปัญหาทางสุขภาพจิต และสามารถแสวงหาการช่วยเหลือ สามารถเข้าและได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นที่เหมาะสม ทำให้ความรุนแรงของปัญหาลดลงได้

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส Covid-19 ซึ่งส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคได้อย่างอย่างรวดเร็ว เพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อที่ติดต่อทางละอองฝอยหรือการสัมผัส ผู้คนต้องหันมาใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) โดยมีมาตรการการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ทำให้เกิดกระบวนการของแนวทางจัดการเรียนรู้ออนไลน์ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต การนำเอาเทคโนโลยีเข้ามาเป็นสื่อหรือเป็นช่องทางในการถ่ายทอดความรู้ และกระบวนการคิด ควรพัฒนาทักษะด้านการใช้เทคโนโลยี ให้เหมาะสมกับกระบวนการจัดการสอนเพื่อความสะดวก และราบรื่นในการถ่ายทอดองค์ความรู้ ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ ผ่านระบบ Microsoft teams ซึ่งมีความปลอดภัย รักษาความลับ สามารถป้องกันไม่ให้ผู้ใช้ที่ไม่ได้รับสิทธิ์อนุญาตสามารถเข้าถึงการประชุมออนไลน์ที่ดำเนินการได้

ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในจังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างปี 2562-2560 เป็นจำนวน 148, 162, 182 คนตามลำดับ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จคิดต่อแสนประชากรเป็น 0, 1.6, 1.8 ตามลำดับ และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่นและผู้ใหญ่รวมทั้งจังหวัด คิดต่อแสนประชากรเป็น 0, 2.21, 2.5 ตามลำดับซึ่งเป้าหมายที่กำหนดคือ 6.3 ต่อแสนประชากรในปี 2561-2565 (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3, 2564) ซึ่งแนวโน้มของการพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกินเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แต่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพจิต จึงออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งจะเห็นว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยกันหาวัยรุ่นที่มีปัญหา ตั้งแต่ระยะแรก และส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่จะสามารถพัฒนาไปสู่ผู้ใหญ่ เป็นกำลังสำคัญในการช่วยพัฒนาสังคมและประเทศชาติต่อไป



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์
2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ของกลุ่มทดลอง แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร นักเรียนเพศชายและหญิงอายุ 16-18 ปีที่กำลังศึกษาในระดับชั้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนครสวรรค์ ปีการศึกษา 2565

กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนเพศชายและหญิงอายุ 16-18 ปีที่กำลังศึกษาในระดับชั้น มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 ปีการศึกษา 2565 ภาคการศึกษา 2 อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และ กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางสำเร็จรูปของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2008) อาศัยอำนาจการทดสอบที่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าอิทธิพล (d) เท่ากับ .80 จากการเปิดตารางสำเร็จรูป จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 25 และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มจึงเท่ากับ 30 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ และผลการเรียนเฉลี่ย

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for epidemiologic studies-depression scale: CES-D) จำนวน 20 ข้อ พัฒนาโดยนักวิจัยแห่งศูนย์วิจัยด้านความระบาติวิทยา (Center for epidemiologic studies) ประเทศสหรัฐอเมริกา แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคมบัติและคณะ (2540)

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) ของ จอมและคณะ (Jorm, 2011) เพื่อใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าใน

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโดยมีองค์ประกอบหลัก 6 ด้านได้แก่ 1) ความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติเฉพาะหรือความทุกข์ทางจิตใจประเภทต่าง ๆ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ 5) ทักษะการที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต โดยบุคคลจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตนั้นต้องอาศัยกระบวนการ อยู่ 4 กระบวนการได้แก่ 1.การเข้าถึง (Access) 2.เข้าใจ (Understand) 3.ประเมินผล (Appraise) และ 4. นำไปใช้ (Apply) (WHO, 2014) โดยจัดกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ 8 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที กำหนดจะทำกิจกรรมทุกสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ คิดเป็นเวลา 12 ชั่วโมง และมีใบงานให้ผู้ร่วมวิจัยทำที่บ้านวันละ 30 นาที คิดเป็น 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รวมจำนวนใบงานการบ้าน 7 สัปดาห์ คิดเป็น 21 ชั่วโมง รวมระยะเวลาทั้งหมด 33 ชั่วโมง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัย ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA 047/2565

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ถึงนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เพื่อขออนุญาตทดลองใช้ (Try out) เครื่องมือวิจัยและลงพื้นที่เก็บข้อมูล หลังจากนั้นเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ หลักการขั้นตอน กลุ่มเป้าหมาย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ตลอดจนประสานขอความร่วมมือในการวิจัย

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า กำหนดกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แจ้งอาจารย์ประจำชั้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สร้างกลุ่มผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นขอ E-mail address ของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเพื่อจะสามารถเข้าถึงการประชุมออนไลน์ที่จะดำเนินการผ่านห้องเรียนออนไลน์ (Microsoft teams) ได้

4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทางห้องเรียนออนไลน์ (Microsoft teams) เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้กลุ่มตัวอย่างตอบรับหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) แบบออนไลน์ผ่านการเชื่อมโยงไปยังแบบสอบถามออนไลน์ (Link) “google form”

5. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างทางห้องเรียนออนไลน์ (Microsoft teams) เพื่อแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม ขอความร่วมมืออนุญาตให้บุตรหลานในการทำวิจัย และชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ทั้งนี้ได้มีการแจ้งเพิ่มเติมสำหรับการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้จะเป็นการสมัครใจด้วยตนเอง และหากระหว่างดำเนินการกิจกรรมได้มีการถอนตัวจากวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลใดๆ ต่อการเรียน คะแนนสอบ หรือการดูแลของทางโรงเรียน และถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้ถอนตัวไปแล้วหากต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ ทีมผู้วิจัยยินดีให้บริการช่วยเหลือด้านสุขภาพอย่างเต็มที่ จากนั้นให้ผู้ปกครองตอบรับหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Assent form) แบบออนไลน์ผ่านการเชื่อมโยงไปยังแบบสอบถามออนไลน์ (Link) “google form”

5.1 กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นก่อนการทดลอง (Pre-test) และได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ โดยใช้กระบวนการความรู้ด้านสุขภาพ โดยจัดเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน จำนวน 3 กลุ่ม มีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ โดยในกิจกรรมจะมีการบ้านในกิจกรรมที่ 1-7 วันละ 30 นาทีซึ่ง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 33 ชั่วโมง ผู้วิจัยกำกับติดตามโดยการสนทนาผ่านการโทรศัพท์ (Call) ติดตามการส่งการบ้าน (Assignments) ทาง

ห้องเรียนออนไลน์ (Microsoft teams) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมจะมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นหลังการทดลอง (Post-test)

5.2 กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ได้รับการศึกษาและดำเนินชีวิตตามปกติ ลงบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลในการทำกิจกรรมครั้งแรกจะได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Pre-test) และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8 จะมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นหลังการทดลอง (Post-test) หลังจากเสร็จสิ้นจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ โดยใช้กระบวนการความรู้ด้านสุขภาพตามความสนใจ จำนวน 21 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลก่อนและหลังการทดลองมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) จำนวน ร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และตรวจสอบการกระจายข้อมูลเป็นแบบปกติ (Normal distribution)
2. เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ โดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

ผลการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามเพศและเกรดเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนมากเป็นเพศหญิง ข้อมูลของกลุ่มทดลองพบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 23.3 และกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 เพศชาย ร้อยละ 23.3 เท่ากัน ในขณะที่ค่าเกรดเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.28 ($SD = .29$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีเกรดเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 ($SD = .36$)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

คะแนนภาวะซึมเศร้า	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ก่อนการทดลอง	40.37	7.70	29	2.04	.03
หลังการทดลอง	36.50	5.53			

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต หลังการทดลอง ($M = 36.50$, $SD = 5.53$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 40.37$, $SD = 7.70$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.04$, $p < .05$)



ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ หลังได้รับโปรแกรม นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ($M = 36.50, SD = 5.53$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 40.37, SD = 7.70$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.04, p < .05$) (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากผลการทดลองจะเห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ ซึ่งโครงสร้างเนื้อหาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบ่งออกเป็น 8 ครั้ง กิจกรรมเป็นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 6 องค์ประกอบตามแนวคิดของจอมและคณะ (Joam, 2011) โดยใช้กระบวนการการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ เข้าถึง เข้าใจ ประเมินตนเอง และปรับใช้บอกต่อ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติเฉพาะโรคหรือความทุกข์ทางจิตใจประเภทต่าง ๆ การส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย อาการหรืออาการแสดงที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า จะทำให้วัยรุ่นรับรู้ถึงปัญหาและแสวงหาความช่วยเหลือได้เหมาะสมและรวดเร็ว รวมถึงได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันที่ ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเกิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ (Pedro, Luísa, Helena, and Filipa, 2018) ดังในกิจกรรมที่ 3 ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าผ่านคลิปวิดีโอและให้อาสาสมัครออกแบบวิธีการจัดการตนเองเมื่อพบเหตุการณ์ที่มากระทบกระเทือนจิตใจ รวมถึงอาสาสมัครท่านอื่นสามารถประเมินและออกแบบวิธีการจัดการตนเองให้เพื่อนได้ โดยอาสาสมัครสามารถระบุอาการหรืออาการแสดงของภาวะซึมเศร้าและเลือกวิธีการจัดการตนเองเมื่อพบภาวะผิดปกติได้

องค์ประกอบที่ 2 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ หากวัยรุ่นมีความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีพฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงซึ่งจะเป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Wei et al., 2013; WHO, 2013) และการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ผิดปกติเกี่ยวกับการรักษา และจัดหาข้อมูลแหล่งขอความช่วยเหลือ เป็นการลดความอับศจากอาการป่วยทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการขอความช่วยเหลือ (Xu et al., 2018) ดังในกิจกรรมที่ 2 ที่มุ่งเน้นเรื่องปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพภายในบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านการเผชิญปัญหา รวมไปถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้อง โดยอาสาสมัครสามารถระบุปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าและระบุวิธีการประเมินตนเองและเข้ารับการช่วยเหลือที่ถูกต้องได้

องค์ประกอบที่ 3 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง เป็นการพัฒนาให้วัยรุ่นมีทักษะในการช่วยเหลือตนเองเพื่อป้องกันภาวะ เมื่อเกิดภาวะกดดันในชีวิต หรือเมื่อเกิดความเครียดในชีวิต ความรู้และความรู้เหล่านี้จะส่งผลให้วัยรุ่นสามารถประเมินตนเองและจัดการกับตนเองได้อย่างถูกต้อง รับรู้ว่าหากไม่สามารถจัดการได้สามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อจำเป็น ความรู้ความเข้าใจในภาวะซึมเศร้า และความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการรักษาจะช่วยลดการตีตราและส่งเสริมเสริมสมรรถนะในการขอความช่วยเหลือสำหรับได้ รวมทั้งสิ่งเหล่านี้จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ หรือหากเกิดภาวะซึมเศร้าแล้วจะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดอาการในระดับรุนแรงได้ (Kutcher et al. 2015, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมที่ 4 ซึ่งเป็นการแนะนำวิธีการและสอนสาทิตทักษะในการช่วยเหลือตนเองด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมผ่านเทคนิคต่าง ๆ และให้อาสาสมัครสาทิตย้อนกลับ โดยอาสาสมัครสามารถเลือกกลยุทธ์ในการช่วยเหลือตนเอง และนำเสนอวิธีการช่วยเหลือตนเองได้

องค์ประกอบที่ 4 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากผู้ช่วยเหลือ การพัฒนาให้วัยรุ่นมีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการลดความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับการปฏิเสธการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (Meredith et al. 2009; Wei et al. 2013; WHO, 2013) ดังนั้นต้องส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ จิตแพทย์ แพทย์ทั่วไป พยาบาล นักจิตวิทยา เป็นต้น การได้รับคำปรึกษาจากผู้ช่วยเหลือที่ทำหน้าที่ให้ปรึกษา โดยเน้นให้วัยรุ่นใช้ศักยภาพของตนเอง โดยเชื่อมั่นว่าตนเองจะจัดการปัญหาได้ หากจัดการไม่ได้

จะกลายเป็นโรคเรื้อรังต่อไป นอกจากนี้การแสวงหาความรู้ความเข้าใจเชิงรุกเกี่ยวกับข้อมูลของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การขอคำแนะนำ และรูปแบบการบำบัดรักษา (Rickwood et al. 2005) ดังในกับกิจกรรมที่ 5 ซึ่งเป็นการในขั้นนี้เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ ผ่านคลิปวิดีโอการยกตัวอย่างสถานการณ์เพื่อให้อาสาสมัครเห็นความสำคัญของการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ โดยมีอาสาสมัครสามารถตอบได้ถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ และแสดงความคิดเห็นของตนเอง ในประเด็นความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญได้ช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญได้

องค์ประกอบที่ 5 ทักษะการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม การพัฒนาให้วัยรุ่นมีทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมโดยเฉพาะการลดทัศนคติด้านลบ เช่น การวิตกกังวลหรืออายหากต้องการขอความช่วยเหลือ กล่าวว่าการตรวจพบว่ามีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อ การเรียน ถูกล้อเลียน ถูกตีตรา ถูกแบ่งแยก ถูกรังเกียจ เป็นต้น นอกจากนี้แล้วทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เช่น การรับรู้ว่ามี การตีตราจากบุคคลอื่น การตีตราตนเอง และพฤติกรรมขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นนั้นหากมองในแง่บวกแล้วย่อมสามารถลดความเครียดได้และนำไปสู่การจัดการกับอารมณ์เศร้าได้ (Gulliver et al. 2010) นอกจากนี้การส่งเสริมให้อาสาสมัครทราบถึงแหล่งในการขอความช่วยเหลือหากมีปัญหา ด้านอารมณ์และภาวะซึมเศร้า เช่น แอปพลิเคชันต่างๆ แหล่งช่วยเหลือด้านร่างกาย เช่น ฟิตเนส ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านอื่น ๆ เช่น ระบบช่วยเหลือของโรงเรียน ครูประจำชั้น ครูพยาบาล ระบบส่งต่อ คลินิกวัยรุ่น จะทำให้ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังในกิจกรรมที่ 6 ซึ่งเป็นการใช้ 10 key message เพื่ออธิบายถึงการตีตรา และการแสวงหาความช่วยเหลือเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตและให้ความรู้เรื่องระบบบริการสุขภาพจิตในโรงเรียน โดยอาสาสมัครสามารถระบุถึงอาการที่ผิดปกติด้านอารมณ์ต้องเข้ารับการช่วยเหลือ และเลือกสรรแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสมกับตนเองได้

องค์ประกอบที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต การพัฒนาให้วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะข้อมูลสำคัญจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ มีแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ เช่น หนังสือ ห้องสมุด อินเทอร์เน็ต เว็บไซต์สุขภาพจิต สายด่วนกรมสุขภาพจิต ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในยุคปัจจุบัน เป็นการเข้าถึงข้อมูลที่ง่าย จึงต้องเน้นย้ำเรื่องการกลั่นกรองข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย และเชื่อถือได้ หากวัยรุ่นเรียนรู้การแสวงหาข้อมูลที่ต้องการ ย่อมจะส่งผลให้เกิดความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งนำไปสู่การดูแลตนเองและการจัดการกับอารมณ์ตนเองได้อย่างถูกต้อง และเป็นทางที่ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Selkie et al. 2011, Liu et al. 2011, Wei et al., 2013) ดังในกิจกรรมที่ 7 ซึ่งเป็นการพัฒนาให้อาสาสมัครมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะข้อมูลสำคัญจากแหล่งข้อมูลที่รวดเร็ว ถูกต้อง ทันสมัย เชื่อถือได้ โดยอาสาสมัครระบุแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ในการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพจิตได้ และออกแบบแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพจิตเมื่อตนเองมีปัญหาได้

สมมติฐานที่ 2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ของกลุ่มทดลอง แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตารางที่ 2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

คะแนนภาวะ ซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง(n=30)				กลุ่มควบคุม(n=30)				df	t	p-value
	M	SD	$\bar{D}_1$	SD	M	SD	$\bar{D}_2$	SD			
ก่อนการทดลอง	40.37	7.70			39.33	6.22					
			-3.87	10.41			1.13	8.73	58	-2.02	.048
หลังการทดลอง	36.50	5.53			40.47	6.42					

ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = -3.87$, $SD = 10.41$) แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 1.13$, $SD = 8.73$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.02$, $p < .05$)

ผลการวิจัย พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = -3.87$, $SD = 10.41$) แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 1.13$, $SD = 8.73$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.02$, $p < .05$) แสดงให้เห็นว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ 2 สะท้อนถึงประสิทธิผล (Effectiveness) ของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์มีภาวะซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของซาร่าและอันโจ (2018) ซึ่งพบว่าการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้า การขอความช่วยเหลือ และส่งเสริมพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการขอความช่วยเหลือ จะเพิ่มกระบวนการรับรู้และอารมณ์เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของวัยรุ่น ทำให้ได้รับการทบทวนความรู้ด้านสุขภาพจิตและการขอความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ก่อนจะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าไปมากกว่าเดิม (Sarah E, Newcomb-Anjo. 2019) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง ดังตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต หลังการทดลอง ($M = 36.50$, $SD = 5.53$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 40.37$, $SD = 7.70$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.04$, $p < .05$)

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม หลังการทดลองสูงกว่าการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเกิดจากการปรับตัวให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป วิถีชีวิตของวัยรุ่นเริ่มมีปฏิสัมพันธ์จากคนในครอบครัวไปสู่สังคมภายนอกมากขึ้น พร้อมกับความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่รวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีผลกระทบต่อสุขภาพของวัยรุ่นทำให้ขาดความรู้ ทัศนคติ และทักษะการจัดการกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งการที่วัยรุ่นเผชิญวิถีชีวิตเหล่านี้ตามปกติ ก็มีความแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ดังจะเห็นว่าหากไม่ได้ให้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่าก่อนการทดลอง

โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์สามารถเข้าไปลดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลการทดลองนี้เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ของกลุ่มทดลอง แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย

การที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สามารถรับรู้ความผิดปกติทางจิตใจของตนเองได้และรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางจิต รู้ในเรื่องของการดูแลตนเองได้เมื่อเกิดปัญหา สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลากรที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต สามารถขอความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับตนเองได้และสามารถที่จะค้นหาความรู้ข้อมูลด้านสุขภาพได้โดยอาศัยกระบวนการความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การเข้าถึง (Access) 2. เข้าใจ (Understand) 3. ประเมินตนเอง (Appraise) และ 4. ปรับใช้บอกต่อ (Apply) จะส่งผลให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการเลือกกลยุทธ์ในการดูแลจัดการตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. การนำโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ไปใช้จำเป็นต้องดำเนินการตามลำดับขั้นตอนของกิจกรรมคู่มือโปรแกรมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ และเพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างสมบูรณ์แบบ ควรมีการจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการใช้โปรแกรม ให้กับพยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพหรือครูที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างถูกต้อง
2. สามารถเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการพัฒนาต่อยอดในการศึกษาด้านวิจัยในนักเรียนระดับชั้นอื่น ๆ โดยสามารถใช้เป็นตัวอย่าง ในการดูแลด้านอารมณ์ โดยมุ่งเน้นให้ป้องกันภาวะซึมเศร้า อันจะนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้ และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขตามวัย

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะของการวิจัยครั้งต่อไป คือ ควรมีการศึกษาติดตาม ภาวะซึมเศร้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อทำการประเมินประสิทธิผลของความคงทนในป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑลสารพมลาศน์สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ที่สนับสนุนทุนส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาในการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). องค์ความรู้การดำเนินงานดูแลสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการสำหรับทีมผู้จัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen manager). กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ณิชาภัทร มณีพันธ์, สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2016). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(3), 80–91.
- ทัชชา สุริโย, อมราพร สุรการ, อัจฉรา ประเสริฐสิน. (2559). การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางสังคมสำหรับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 9(1), 582–597.
- ธนพล บรรดาศักดิ์, และคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการปรับตัวต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(2), 443–452.
- นุสรา นามเดช, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, อรทัย สงวนพรรค. (2561). Mental health literacy among senior high school students in Saraburi province. *Journal of Nursing and Education*, 11(3), 125–138.

- รัตน มาฆะสวัสดิ์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(38), 528–540.
- ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล, รัตติกร เหมือนนาตอน, สมัทธนา แก้วมา, วีระพงษ์ เรียบพร. (2563). ภาวะซึมเศร้าและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(2), 40–47.
- วัลลภา กิตติมาสกุล. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิมลวรรณ, ปัญญาอ่อน. (2563). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ. *Journal of Mental Health of Thailand*, 28(2), 136–149
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3. (2564). Annual report 2020 mental health center region 3. *AIMS Allergy and Immunology*, 5(1), 33–37.
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3. (2564). รายงานผลการดำเนินงาน ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 ประจำปีงบประมาณ 2563. In *aims allergy and immunology*, 5(1), 54–64.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2561). แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า *Clinical practice guideline for adolescents with Depression*. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2566, จาก <https://dmhelibrary.org/items/show/313>
- Akhtarul Islam, M., Barna, S. D., Raihan, H., Nafiul Alam Khan, M., & Tanvir Hossain, M. (2020). Depression and anxiety among university students during the COVID-19 pandemic in Bangladesh: A web-based cross-sectional survey. *PLoS ONE*, 15(8 August), 1–13.
- Bjornsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M. E. B., Ringdal, R., & Moksnes, U. K. (2019). The relationship between positive mental health literacy and mental well-being among adolescents: implications for school health services. *Journal of School Nursing*, 35(2), 107–116.
- Chang-Quan, H., Xue-Mei, Z., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y., & Qing-Xiu, L. (2009). Health status and risk for depression among the elderly: A meta-analysis of published literature. *Age and Ageing*, 39(1), 23–30.
- Cuoco, S., Cappiello, A., Abate, F., Tepedino, M. F., Errò, R., Volpe, G., Pellicchia, M. T., Barone, P., & Picillo, M. (2021). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in progressive supranuclear palsy. *Brain and Behavior*, 11(10), 1–9.
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental health literacy in young adults: Adaptation and psychometric properties of the mental health literacy questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>
- Duan, L., Shao, X., Wang, Y., Huang, Y., Miao, J., Yang, X., & Zhu, G. (2020). An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 275(July), 112–118.
- Jorm, A. F. (2011). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders in mainland China. *Brit Shjournal Brit Ishjournal of Psychiatry*, 3(2), 369–401.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243.

- Kayani, S., Wang, J., Kayani, S., Kiyani, T., Qiao, Z., Zou, X., & Imran, M. (2021). Self-system mediates the effect of physical activity on students' anxiety: a study from Canada. *Asia-Pacific Education Researcher*, 30(5), 443–457.
- Lam, L. T. (2014). Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(1), 26.
- Lazaratou, H., Dikeos, D. G., Anagnostopoulos, D. C., & Soldatos, C. R. (2010). Depressive symptomatology in high school students: The role of age, gender and academic pressure. *Community Mental Health Journal*, 46(3), 289–295.
- Lindow, J. C., Hughes, J. L., South, C., Minhajuddin, A., Gutierrez, L., Bannister, E., Trivedi, M. H., & Byerly, M. J. (2020). The youth aware of mental health intervention: impact on help seeking, mental health knowledge, and stigma in U.S. adolescents. *Journal of Adolescent Health*. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.01.006>
- Mejías, J. A., Jurado, M. M., Tafoya, S. A., Romo, F., Sandoval, J. R., & Beltrán-Hernández, L. (2020). Effects of group psychotherapy on depressive and anxious symptoms, self-esteem and social adaptation in college students. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(1), 46–56.
- Parhiala, P., Ranta, K., Gergov, V., Kontunen, J., Law, R., La Greca, A. M., Torppa, M., & Marttunen, M. (2020). Interpersonal counseling in the treatment of adolescent depression: A randomized controlled effectiveness and feasibility study in school health and welfare services. *School mental health*, 12(2), 265–283.
- Rueger, S. Y., & George, R. (2017). Indirect effects of attributional style for positive events on depressive symptoms through self-Esteem during early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(4), 701–708.
- Seedaket, S., Turnbull, N., Phajan, T., & Wanchai, A. (2020). Improving mental health literacy in adolescents: systematic review of supporting intervention studies. *Tropical Medicine and International Health*, 25(9), 1055–1064.
- Steptoe, A., Tsuda, A., Tanaka, Y., & Wardle, J. (2007). Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(2), 97–107.
- Vuthiarpa, S., Sethabouppha, H., Soivong, P., & Williams, R. (2012). Effectiveness of a school-based cognitive behavioral therapy program for Thai adolescents with depressive symptoms. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(3), 206–221.
- Wei, Y., Hayden, J. A., Kutcher, S., Zygmunt, A., & McGrath, P. (2013). The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(2), 109–121.
- World Health Organization. (2018). *Orientation programme on adolescent health-care providers: Handout for module an introduction* (p. 6). Retrieved January 10, 2023, from www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42868/9241591269_Handout_eng.pdf
- Yildiz, M., Orak, U., Walker, M. H., & Solakoglu, O. (2019). Suicide contagion, gender, and suicide attempts among adolescents. *Death Studies*, 43(6), 365–371.